Beleegyező nyilatkozat

Fogászati klinika

Üzlet neve

PÁCIENS ADATAI

Teljes név

Telefonszám

Email

Születési dátum

MEGERŐSÍTEM, HOGY

- ☐ Pontos válaszokat adtam az orvosi kérdésekre, és jelenteni fogok minden változást.
- ☐ A fogorvos elmagyarázta a javasolt kezelést, az alternatívákat, a kockázatokat és a költségeket.
- ☐ Hozzájárulok a helyi érzéstelenítéshez, ahol szükséges.
- ☐ Bármikor visszavonhatom a hozzájárulásomat a kezelés előtt.

Egyetértek, hogy az üzlet megőrzi az űrlapon szereplő információkat a szolgáltatás biztosítása érdekében és ameddig a törvény előírja. Bármikor kérhetem az adataim megtekintését, javítását vagy törlését.

Páciens aláírása

Szakértő aláírása

Dátum

Sablon az agendessa.com-ról. Kiindulópont, nem jogi vagy orvosi tanács.